

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

- ☐ 1. สำเนาบัตรข้าราชการหรือบัตรประชาชน
ผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้าน ผู้สมัครและผู้รับเงินสงเคราะห์
- ☐ 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- ☐ 4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- ☐ 5. ใบรับรองแพทย์ รพ.รัฐ ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- ☐ 6. กรณีสมาชิกสมัครตรง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้าย
หรือ ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด



เลขประจำตัวสมาชิก.....

ใบสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย ล้านที่ 1

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

- (1.) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียน สอ.
- ☐ เป็นเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ
- ☐ เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) ของสหกรณ์
ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ

(2.) ดำรงตำแหน่ง.....หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3.) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล (แขวง).....อำเภอ (เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(4.) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

☐ ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

☐ เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต เป็นเงิน.....บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน.....บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุน ฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)

☐ ชำระเงินโอนเข้าบัญชีกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ ฯ เลขที่บัญชี.....

☐ ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุน ฯ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอม
ปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุน ฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิตตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) ประกาศเรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

เสนอ

☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

คำสั่ง

☐ อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)

☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.)



**ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิก
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.)**

เขียนที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.) ดังนี้

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| ☐ | 1. มีสุขภาพแข็งแรง | |
| ☐ | 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ | |
| ☐ | 3. ไม่มีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ | |
| ☐ | 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้ | |
| | 4.1 โรคเมเร็งทุกชนิด | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| | 4.2 โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| | 4.3 โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| | 4.4 โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| | 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.) ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกตามระเบียบของกองทุนฯ ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจากกองทุนฯ ทั้งสิ้นโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของกองทุนฯ ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้กองทุนฯ ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กอส.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาชิก (กอส.) เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1.สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่าหรือหม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนารับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.) จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5.....เกี่ยวข้องเป็น.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กอส.)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุน ฯ

(.....)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ.....พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์.....จำกัด เป็นผู้รับเงินกองทุน ฯ
 แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ (นาย/นาง/นางสาว).....ที่มีต่อสหกรณ์
 ออมทรัพย์.....จำกัด จนแล้วเสร็จและดำเนินการประสานงานกับกองทุนภาคีเครือข่าย
 สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กส.) แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอม และมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้สมัคร)

ลงชื่อ.....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(.....)